

УДК 616.314-002-053.2-058 (048.8)

©В. Я. Крупей

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського»

Каріозне ураження зубів у дітей – медико-соціальна проблема (огляд літератури)

Резюме. Наведено огляд вітчизняних та іноземних джерел із проблем карієсу в дітей та раннього дитячого карієсу як однієї із сучасних медико-соціальної проблеми.

Ключові слова: каріозне ураження зубів у дітей, ранній дитячий карієс, поширеність та інтенсивність карієсу, етіологія карієсу, хронічні захворювання організму.

В. Я. Крупей

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет
имени И. Я. Горбачевского»

Карриозное поражение зубов у детей – медико-социальная проблема (обзор литературы)

Резюме. Наведен обзор отечественных и зарубежных источников по проблеме карие у детей и раннего детского карие к одной из современных медико-социальных проблем.

Ключевые слова: карриозное поражение зубов у детей, ранний детский карие, распространенность и интенсивность карие, этиология карие, хронические заболевания организма.

V. Ya. Krupci

SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky»

Carious lesions of teeth in children – medical and social problem (literature review)

Summary. The review of domestic and foreign sources of the problems of caries in children and early childhood caries as one of modern medical and social problems is presented.

Key words: carious lesions of teeth in children, early childhood caries, the prevalence and intensity of caries, etiology of dental caries, chronic diseases of the digestive system.

Каріозне ураження зубів у дітей є однією з найактуальніших проблем не тільки дитячої стоматології, але і педіатрії в цілому. Згідно з літератури, поширеність карієсу серед дитячого населення України досягає від 63 до 100 %. Вивчення карієсу з точки зору кліматологічного

факторів, соціально-економічних, гігієнічних та інших чинників необхідне для отримання даних про особливості поширеності та інтенсивності карієсу, його впливу на стан інших органів і систем та організм у цілому, розробки профілактичних заходів [4, 13, 14, 18].

Проблема крієсу зубів у дітей, особливо множинного, має велике медичне і соціальне значення. Не дивлячись на певні успіхи в профілактиці й лікуванні цього захворювання, поширеність та інтенсивність крієсу в дітей залишаються дуже високими [17, 32, 50].

Покращення поширеності крієсу зубів у дітей 6-річного віку в нашій країні складалося 87,9 % при інтенсивності урження крієсом — 4,6 т у дітей 12-річного віку — 72,3 % при значенні інтенсивності урження — 2,75. Розповсюдженість захворювання в дитини родонти, зокрема хронічного та тривалого гінгівіту, серед дітей віком 12 — 15 років становить 70 — 80 %, сягаючи в окремих регіонах 95 — 98 %, зубо-щелепних патологій у дітей та підлітків віком 7 — 18 років перевищує 60 % [4, 8, 22, 23].

У сучасній стоматологічній літературі існує поняття «early childhood caries» (ранній дитячий крієс — РДК) [50]. Це рання (після прорізування) урження крієсом тимчасових зубів у дітей переддошкільного й дошкільного віку. Термін «early childhood caries» (ЕСС) найширше відображає цю проблему. Спостереження батьків та лікарів вказують на певну специфічність, унікальність раннього дитячого крієсу [34, 35]. Вік 5 — 6 років є одним із основних для вивчення стоматологічної захворюваності з методикою ВООЗ [36]. Глобальною метою стоматологічного здоров'я з ВООЗ у 2000 році було зменшення поширеності крієсу серед дітей цього віку до 50 %, європейські цілі стоматологічного здоров'я на 2020 рік з проектом ВООЗ передбачають 80 % стоматологічно здорових дітей цього віку при середньому значенні індексу урження, з пломбованих бо утрчених зубів (КПВ) не більше 2,0 [34].

З визначенням американської стоматологічної асоціації (American Dental Academy — ADA) та американської асоціації дитячої стоматології (American Academy of Pediatric Dentistry — AAPD) «ранній дитячий крієс визначається як присутність одного або більше урження (без утворення порожнини або з порожниною), утрчених (з причини крієсу) або з пломбованих поверхонь зубів в будь-якому тимчасовому зубі в дошкільному віці від народження до 71 місяця» [35]. ADA виділяє також поняття «тяжкий ранній дитячий крієс» (severe early childhood caries — SECC), яке включає в себе наступні критерії:

будь-який ознак крієсу на будь-якій поверхні в дитини, молодшої 3 років; будь-який глибокий порохня переднього божувального зубу, зруйнований крієзним процесом, утрчений (з причини крієсу) або з пломбованих, у дитини віком від 3-х до 5-ти років; індекс урження, утрчених або з пломбованих зубів, що дорівнює або перевищує 4, у дітей 3-х років, 5 — у дітей 4-х років і 6 — у дітей 5-ти років. З визначенням Д, «РДК є значною проблемою суспільної охорони здоров'я в деяких популяціях і також суттєво стосується всієї популяції».

РДК є РДК значною проблемою суспільної охорони здоров'я [51]. Відомий дитячий стоматолог R. J. Berkowitz (2003) характеризує РДК як проблему охорони здоров'я у світі [38].

Результати досліджень ряду авторів свідчать про суттєвий вплив тимчасових зубів на розвиток ротової порожнини та скелет обличчя, на формування вимови, тимчасові зуби відіграють важливу роль у механічній обробці та своєрідній їжі, мають значення для невербального вираження емоцій і спілкування [1, 21, 42]. При різному урженні зубів у дітей формується порушення оклюзії, знижується самооцінка [20, 31]. В дітей з раннім крієсом виявлено зниження м'якоти тіла, порівняно зі здоровими, причому після санації ротової порожнини вона приходила до норми [17].

Згідно з Н. В. Біденко, за останні 20 років поширеність раннього крієсу тимчасових зубів серед дітей — мешканців різних областей і регіонів України — значилася у межах від 9,05 до 95,3 %, інтенсивність — від 0,6 до 3,0 [4].

Етіологічним чинником крієсу зубів є мікрофлора, що реалізує свій крієсогенний потенціал при наявності сприятливого середовища (порожнини рота, зуби) та субстрату — вуглеводів, здатних ферментуватися [5, 41]. Крієс визначають як інфекційне, контігійозне та мультифакторне захворювання, для розвитку якого необхідні такі умови: наявність крієсогенної мікрофлори; наявність субстрату для життєдіяльності бактерій — редуцентованих вуглеводів; наявність зубів і певного середовища, де розвивається процес, наявність певного проміжку часу для реалізації мікроорганізмів свого кислототворного потенціалу та розвитку патологічного процесу в зубі [12, 14, 41].

У світі переконливо доведеною є мікробна теорія розвитку крієсу зубів. Найбільш крі-

есогенним мікроорг нізмом вв ж ють стрептококи, в основному *Streptococcus mutans* [6, 13, 43], що зд тні колонізув тись н поверхні зуб й продукув ти кислоту, як при недо-ст тній нейтр ліз ції призводить до знижен-ня рН до критичних величин, що може спри-чинити деструкцію ем лі [37]. Що ж до РДК, то пок зовим є визн чення цього з хворюв н-ня R. J. Berkowitz: «Р нній дитячий к ріес — це особлив вірулентн форм к ріесу зубів, як х р ктеризується м сивним інфекцій-ним н в нт женням в соці ції з незвич й-ною пр ктикою х рчув ння» [38]. У дітей р н-нього віку відбув ється перед в ння *Streptococcus mutans* від б тьків і ст рших дітей — цей період отрим в н зву «вікно інфікув ння» [15, 38]. Р ння бо дуже м сив-н перед ч к ріесогенної мікрофлори, що може тр питись при високій ур женості н к ріес б тьків і ст рших дітей, як пр вило, призводить до р ннього руйнув ння тимч -сових зубів у дитини [1, 3, 16].

Т ким чином, для стом тологічного здоро-в'я дітей р ннього віку в жливими є н ступні чинники: стом тологічний ст тус т ст н гігієни порожнини рот б тьків бо опікунів; особливості поведінки т дотрим ння гігієни дорослими стосовно дитини (облизув ння ложки, соски, спільний посуд, постіль тощо).

Н думку ряду вторів, н йбільш к ріесоген-ною вв ж ють їжу, що містить р фінов ні вуглеводи (цукор, глюкоз , фруктоз , мед). Виріш льне зн чення для розвитку к ріесу м є не тільки ф кт спожив ння т кої їжі, ле і висок ч стот т трив лість її зн ходження в конт кті із зуб ми [2, 7, 41]. У дітей р ннього віку т кий вплив вуглеводів н зуби можн спостеріг ти при ч стому і трив лому году-в нні з пляшечки, в більш ст ршому віці — ч стим спожив нням р фінов них вуглеводів з відсутності н лежної гігієни порожнини рот [6, 12, 13].

American Academy of Pediatrics (Р) вв ж є чинником ризику розвитку к ріесу в дітей, трив ле штучне вигодовув ння з пляшечки, т кожневипр вд неч сте і трив ле нічне груд-не годув ння [34–36]. Тому РДК можн розг-ляд ти одноч сно і як хворобу, і як нег тивну звичку [7]. Вітчизняні дослідники широко вивч ли лімент рний чинник у розвитку к -ріесу, проте це не стосув лось дітей р ннього віку. Дослідження в цьому віці, як пр вило,

обмежув лись вивченням впливу грудного вигодовув ння н розвиток к ріесу, ле без ур хув ння інших чинників, в гомих для роз-витку к ріесу при грудному вигодовув нні [23, 25]. Ризик розвитку к ріесу може зумовлю-в тись вл стивостями с мих зубів (незрілістю молоді ем лі, гіпопл зією ем лі, морфологіч-ними т генетичними особливостями зубів) [16, 38, 40], вл стивостями ротової рідини (кількістю, мінер лізуючим потенці лом, н-тиб ктері льними, буферними вл стивостя-ми, функціонує нням систем місцевого з хи-сту, вмістом фториду) [15, 17, 19, 44]. Ці чин-ники зумовлює низк інших, т ких як: хвороби в гітної (інфекції, мет болічні пору-шення — гіпоксія, порушення х рчув ння, гіпок льціємія тощо); недоношеність; ст н новон родженого, хвороби дитини; вид виго-довув ння; прийом медик ментів (н прикл д, нтигіст мінних бо преп р тів для лікув н-ня бронхі льної стми, які пригнічують с лі-в цію, цукровмісних інг ляторів і сиропів тощо); з лізодефіцитн немія, що веде до зни-ження с лів ції т буферних вл стивостей слини; потр пляння в орг нізм свинцю бо інших в жких мет лів (що, як пр вило, при-зводить до ушкодження слинних з лоз); по-рушення з боку слинних з лоз; ч с прорізу-в ння зубів; незрілість імунної системи [10, 11, 20, 24, 30].

Крім провідних, виділяють ще соційов ні чинники ризику, до яких н леж ть: нез -довільні умови життя; н лежність до етнічних і р сових меншин; неповн сім'я; низький рівень освіти б тьків; недоїд ння, хронічні хво-роби, хронічні порушення х рчув ння; низь-к м с тіл при н родженні [5, 7, 13, 17, 29].

R. Harris et al. (2004) виділили 106 чинників ризику, що вплив ють н розвиток р ннього к ріесу в дітей [41].

Комплекс чинників ризику, в гомість кож-ного з яких вивч ли як укр їнські, т к і російські дослідники, був вст новлений ще в контексті «Робочої концепції п тогенезу к -ріесу зубів» . І. Риб ков (1970). Ост нніми рок ми вивч ли вплив н розвиток РДК струк-турно-функціон льної резистентності ем лі, вл стивостей слини, ст ну місцевого імуніте-ту, хоч ці дослідження проводили перев ж-но в дітей ст рше 3-х років [6, 7, 26, 27]. Оціню-в ли т кож комплекс чинників, пов'яз них із перебігом в гітності м тері, ст ном дитини,

соціально-економічними умовами, мотивацією батьків до збереження стоматологічного здоров'я дитини, вивчати значимість різних чинників їх значення для прогнозування РДК [17, 22, 24, 31]. У 1992 році було запропоновано індивідуальні критерії скринінгового обстеження дітей до 3-х років, призначені для з'ясування як стоматологом, так й іншими спеціалістами, які стикаються з дитиною перших місяців і років після народження, проте дані розробки не були поширені у практичній медицині.

Вітчизняні стоматологічні школи значно увагу приділяють впливу на розвиток кріесу в дітей порушень мінерального обміну, соматичним захворюванням, особливостям імунітету [10, 13, 17, 19]. Однією з досліджень в основному стосуються дітей старшого віку. Рішучий дитячий кріес слід розглядати як проблему педіатра, стоматолога батьків дитини. Як правило, більшість дітей уперше потрапляє до стоматолога в дошкільному віці. Тому «сімейному лікарю відкривається широке поле діяльності у визначенні чинників ризику РДК та можливість навчити осіб, які опікуються дитиною, того, як зменшити ризик цього захворювання» [21]. Кріес — це попереджувальне захворювання, його профілактика починається в педіатрі [25]. Стоматолог повинен з'ясувати тип педіатричного профілактичного РДК, з'ясувати їх доущужності стосовно стану зубів під час перших візитів, щеплення тощо [22]. Стан стоматологічного здоров'я дітей на сучасному етапі характеризується зростанням питомої ваги чинників ризику формування і прогресування хвороб твердих тканин зубів та пародонта, та значною поширеністю цих захворювань [4, 21, 23].

На стан стоматологічного здоров'я дитини суттєво впливає наявність тих критеріїв перебігу загальних захворювань [8, 17, 29, 39]. Результати досліджень ряду авторів свідчать про взаємозв'язок високого рівня стоматологічної захворюваності у дітей з хронічними захворюваннями організму, в тому числі шлунково-кишкової системи [7–9, 13, 21]. Згідно з класифікацією гастроентерогастрального рефлюксної хвороби, викладеною у Монреальському консенсусі (2006), синдром рефлюксних ерозій зубів вважають складовою екстрагаstralного синдрому [39, 40, 42]. Усвідомлення взаємозалежності обтяжуючо-

го впливу чинників ризику загального стоматологічного здоров'я стає підґрунтям для визначення нових цілей та завдань ВООЗ до 2020 року.

Одним з найважливіших завдань ВООЗ вважається виявлення та усунення чинників ризику формування стоматологічних захворювань, враховуючи характер перебігу та соціальні ризики, пов'язані з загальним станом здоров'я дитини (ВООЗ, Женева, 1997). В Україні, як і у світі в цілому, місце значної поширеності хронічних загальносоматичних захворювань у дітей, напередодні тривалення [27]. Враховуючи соціально-економічну ситуацію в нашій країні та рівень інтропегенного забруднення, можна очікувати збереження негативних тенденцій у формуванні здоров'я дітей з порушеною зростаючою захворюваністю організму, дихання, серцево-судинної, ендокринної, імунної системи тощо [28, 32]. Виявлено, що у дітей 6–18 років, які страждають від хронічного гастродуоденіту (ХГД), поширеність та інтенсивність кріесу в середньому в 1,4 рази вище, ніж у практично здорових дітей [29]. Насьогодні не розроблено диференціальних підходів до вибору тактики профілактики стоматологічних захворювань у даній групі дітей. Враховуючи вищеведене, не був особливою актуальністю пошук нових підходів до створення індивідуальних програм лікування та профілактики стоматологічних захворювань у дітей із хронічними захворюваннями організму, на основі ретельної діагностики своєчасного лікування та профілактики захворювань твердих тканин зубів у дітей.

Відомо, що урження зубів кріесом починається в період їх прорізування і характеризується швидким прогресуванням [1, 45, 47, 54]. Сучасні досягнення у вивченні етіології стоматологічних захворювань дозволяють використовувати ефективні методи їх профілактики і лікування. Чим глибше вивчають механізми виникнення якого-небудь захворювання, тим ширше відкривають можливості для його попередження [33, 45, 49]. Насьогодні в літературі є переконливі дані про механізми виникнення кріесу зубів, основними причинами якого є дефіцит фториду, накопичення зубного гресивного зубної осадку і неадекватний режим харчування із значним дієтичним вмістом цукровмісних продуктів

[46, 48, 52, 53]. Крієс ріннього дитинства є результатом існуючих соціально-медичних проблем і тому його поширеність злишється на високому рівні [45, 47]. Крієс тимчасових зубів характеризується його розвитком на гладких поверхнях безпосередньо після прорізування зубів і гресивністю перебігу. До недвнього часу цій проблемі приділяли недостатньо уваги в укові прцівники, керівники служб охорони здоров'я, лікарі-стоматологи, педіатри, педогогі бтьки [12, 50, 51]. Результат досліджень ряду вторів переконливо показує необхідність своєчасного лікування крієсу молочних зубів [21, 43]. При відсутності лікування крієсу молочних зубів та його ускладнень розвиваються зпльні процеси в періодонті та птологічні зміни в зчткх постійних зубів [7, 19]. У результаті цього порушується формування ткнин постійних зубів, зміщуються їх зчтки з нступними номліями прорізуванням. Рінне видлення тимчасових зубів сприяє передчасному прорізуванню постійних зубів, у яких легко виникає крієс і розвиваються щелепно-лицеві порушення. Тому своєчасне та декватне лікування молочних зубів є одним із способів профілактики розвитку зубо-щелепних номлій [8, 26, 30, 44]. Одн кнйвжливішим з ходом щодо збереження тимчасових зубів до періоду їх природної змініни постійні, є первинний профілактичний крієсу зубів, як повинні бути згльною та індивідуалізованою [2, 14, 20, 21, 31].

Ряд вторів показує, що крієс зубів несприятливо впливає на перебіг гстроуденльної птології [17], у зв'язку з чим стоматологічна допомог дітям, які страждають від хронічних захворювань шлунку та дванадцятипалої кишки, набирє велику прктичну значимість.

У свою чергу, ХГД, як і будь-яке соматичне захворювання, у зв'язку з порушенням фізіологічної рівноваги (порушення функцій оргнів та імунного статусу, зміни нейроендокринної регуляції та гомеостазу), може зумовлювати виникнення і впливати на перебіг стоматологічної птології, у тому числі крієсу, особливо на етапі остачного формування твердих ткнин постійних зубів — 11—14 років [29]. Порушення функціональної ктивності обкладувальних клітин шлунку при ХГД,

що виявляється у зміні секреції соляної кислоти, різний рівень кислотності шлункового соку, наявність моторно-евакуаторних розладів можуть прямо (у зв'язку з нтомофункціональною спільністю) чи опосередковано (через нейрогуморальні зв'язки) змінювати ктивність місцевих крієсогенних чинників, ускладнювати сприйнятливість ткнин порожнини рота до виникнення птологічних процесів [29, 49]. Дослідження щодо встановлення впливу вищеперерахованих особливостей перебігу ХГД на стоматологічний статус, які проводять у основному в дорослого населення, не дозволили зробити однозначного висновку про характер змін статусу твердих ткнин зубів. Результат комплексних досліджень, присвячених статусу стоматологічного здоров'я у дітей із хронічними гстритом та гстроуденітми, предствлені в окремих роботах [17, 27]. В них показані особливості клінічної симптоматики в порожнині рота при неспецифічному зпленні слизової оболонки шлунку і дванадцятипалої кишки, результат біохімічного дослідження слини хворих дітей [32, 42].

Таким чином, налізотриманих результатів досліджень показує, що крієс урження зубів у дітей є серйозною медико-соціальною проблемою, відсутність однозначних висновків щодо поширеності та особливостей перебігу крієсу зубів у дітей із хронічною птологією травної системи, що стить перед дитячими стоматологами та педіатрами конкретні завдання. До їх числа належать вивчення поширеності та інтенсивності крієсного процесу при хронічному зпльнй шлунку, дванадцятипалої кишки чи при їх поєднаному урженні з урхуванням форми, особливостей перебігу, тривалості згльного захворювання, комплексної оцінки згльних і місцевих чинників виникнення ризику, статусу імунної системи, перекисного окиснення ліпідів і нтиоксидантної системи з хисту та ендогенної інтоксикації. Це дозволить розробити індивідуальні схеми комплексного лікування з урхуванням виявлених змін, профілактичні заходи щодо попередження розвитку цієї птології у дітей, виділити діагностичні критерії ріннього виявлення та прогнозування крієсного урження зубів у дітей з хронічними захворюваннями травної системи.

Список літертури

1. Бромов Н. Е. Организация и проведение профилактики кариеса зубов у детей с использованием герметиков и фторсодержащих паст / Дис. на соискание уч. степени к. мед. н. у. СПб., М. ПО, 2000. — 24 с.
2. Лимов Р. Г. Способ профилактики кариеса зубов и слизистой оболочки полости рта у детей / Р. Г. Лимов // Российский стоматологический журнал. — 2003. — 2. — С. 44.
3. Лимский А. В. Оценка коллективной и индивидуальной фторпрофилактики кариеса зубов у детей с экономической точки зрения / А. В. Лимский // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2007. — 2(22). — С. 14–17.
4. Біденко Н. В. Роль кариеса у дітей: стан проблеми в Україні / Н. В. Біденко // Современная стоматология. — 2007. — 1. — С. 66–71.
5. Бородин Н. Б. Особенности течения хронического катарального гингивита и его коррекция у больных с патологией желудочно-кишечного тракта и с хроническим диатезом: дис. на соискание уч. степени к. мед. н. у. / Н. Б. Бородин. — Новосибирск, 2000. — 21 с.
6. Ворчлинская К. К. Влияние экологических факторов на эффективность профилактики стоматологических заболеваний у детей: дис. на соискание уч. степени к. мед. н. у. / К. К. Ворчлинская. — Москва, 2003. — 28 с.
7. Горбачев И. Хроническая одонтогенная очаговая инфекция и стоматические заболевания / И. Кирсанов // Периодонтология. — 2001. — Т. 22, 4. — С. 34–35.
8. Дминов Т. О. Оценка состояния зубочелюстной системы у детей с патологией желудочно-кишечного тракта / Т. О. Дминов, Р. К. Якубов, И. Р. Мвянов и др. // Стоматология. — 2001. — 4. — С. 63–65.
9. Кристаллические грегаты ротовой жидкости у больных с патологией желудочно-кишечного тракта / А. Б. Денисов, Г. М. Берер, Т. М. Стуров, И. В. Мев // Российский стоматологический журнал. — 2003. — 2. — С. 27–29.
10. Дисбаланс микроэлементов в организме детей с экологической патологией / В. В. Утенин, Е. В. Почечев, Е. И. Плигин и др. // Гигиена и санитария. — 2002. — 5. — С. 56–59.
11. Загрязнение атмосферного воздуха крупного промышленного города и здоровье населения: дис. на соискание уч. степени к. мед. н. у. / Е. И. Почечев. — Москва, 2002. — 22 с.
12. Иудашкин А. С. Прогнозирование, профилактика и лечение кариеса зубов у детей / А. С. Иудашкин, Г. С. Султанов // Российский стоматологический журнал. — 2002. — 4. — С. 34–37.
13. Клініченко Ю. Взаємозв'язок та вплив стоматологічного стану на загальне здоров'я дітей та підлітків як суспільно медико-соціальної проблеми / Ю. Клініченко, Т. Сіротченко // Здоров'я ребенка. — 3(24). — 2010. — С. 71–74.
14. Кисельников Л. П. Индивидуальная профилактика кариеса зубов у детей школьного возраста / Л. П. Кисельников // Клиническая стоматология. 2006. — 4. — С. 52–56.
15. Кисельников Л. П. Перспективы местного применения фторидов в клинической стоматологии / Л. П. Кисельников // Современная стоматология. — 2007. — 2(26). — С. 18–22.
16. Клименко И. Роль защитного слоя фторидов в предупреждении развития кариозных поражений твердых тканей зубов / И. Клименко // Современная стоматология. — 2008. — 1(29). — С. 44–46.
17. Клітинський О. В. Особливості стану та корекції стоматологічного здоров'я у дітей з хронічними формами захворювань верхнього відділу травного каналу: дис. ... к. мед. н. у. : 14.01.22 / О. В. Клітинський. — 2008. — 21 с.
18. Ковч І. В. Захворювання кариесу зубів у дітей і рівень гігієни ротової порожнини у дітей дошкільного віку в Дніпропетровську / І. В. Ковч, А. В. Штомпель // Вісник стоматології. — 2010. — 3. — С. 75–78.
19. Кузник Н. Б. Стоматологічний стан дітей із супутньою соматичною патологією / Н. Б. Кузник, О. І. Годовицький // Буковинський медичний вісник. — 2010. — Т. 14, 1. — С. 53.
20. Кунин В. Современные концепции борьбы с заболеванием полости рта. Роль поддерживающей гигиены в профилактике стоматологических заболеваний / В. Кунин // Дентал Юг. 2008. — 5(54). — С. 24–25.
21. Куракин Н. В. Стоматология детского возраста / Н. В. Куракин. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 632 с.
22. Куракин Н. В. Стоматология профилактики (руководство по первичной профилактике стоматологических заболеваний) / Н. В. Куракин, Н. С. Сельев. — М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМ, 2003. — 288 с.
23. Левченко Н. В. Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сорбенту «Ентеросгель» для екзогенної профілактики кариесу тимчасових зубів: дис. на здобуття уч. ступеня к. мед. н. у. / Н. В. Левченко. — Полтава, 2003. — 17 с.
24. Леонтьев В. К. Понятие «здоровый ребенок» в стоматологии / В. К. Леонтьев, О. Г. Воронцов // Дентал Юг. — 2008. — 5(54). — С. 30–31.
25. Леонтьев В. К. Профилактика стоматологических заболеваний / В. К. Леонтьев, Г. Н. Пономов. — М., 2006. — 416 с.
26. Лобовкин А. Профилактика в терапевтической стоматологии — это выгодно / А. Лобовкин, А. М. Романов // Новое в стоматологии. — 2007. — 6(146). — С. 46–49.
27. Моква І. А. Стан організму ротової порожнини та його корекція у дітей з хронічними гастроуденітами: дис. ... к. мед. н. у. : 14.01.22 / Укрїнський медичний стоматологічний деміа. — Полтава, 2001. — 160 с.
28. Москаленко В. Ф. Здоров'я населення і проблеми охорони здоров'я у світі та Європі: стан питання

- тенденції (огляд) / В. Ф. Москленко // Охорон здоров'я України. — 2008. — 4. — С. 5–8.
29. Профілактика кариесу зубів у дітей дошкільного віку / Л. . Хоменко, Н. В. Биденко, Е. І. Остапко [и др.] // Современная стоматология. — 2005. — 4. — С. 73–75.
30. Стоматологическая профилактика у детей: руководство для врачей / В. Г. Сунцов, В. К. Леонтьев, В. . Дистель и др. — Омск, 2005. — 343 с.
31. Черников И. И. Опыт работы отделения детской комплексной стоматологии в профилактике стоматологических заболеваний у детей / И. И. Черников, Г. А. Гуськов // Новое в стоматологии. — 2005. — 1(125). — С. 32–33.
32. Чижевський І. В. Кариес зубів у дітей молодшої вікової групи / І. В. Чижевський, В. С. Стуліков, М. Д. Кирієнко // Профілактика дитячої стоматології. — 2010. — 1. — С. 38–41.
33. Шустов О. . Особенности диагностики, клиники и лечения стоматологических заболеваний, проживающих в условиях йодного дефицита: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / О. . Шустов. — Пермь, 2004. — 24 с.
34. American Academy of Pediatrics. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home // Pediatrics. — 2003. — Vol. 111. — P. 1113–1116.
35. American Academy of Pediatric Dentistry. Reference manual 2003–2004 // Pediatr. Dent. — 2003. — Vol. 25. — P. 1–150.
36. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease / D. A. Ali, R. S. Brown, L. O. Rodriguez [et al.] // J. Am. Dent. Assoc. — 2002. — Vol. 133/ 6. — P. 734–737.
37. Bartlett D. W. Comparison of the erosive potential of gastric juice and a carbonated drink in vitro / D. W. Bartlett, P. Y. Coward // J. Oral Rehabil. — 2001. — Vol. 28. — 11. — P. 1045–1047.
38. Berkowitz R. J. Cause, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective / R. J. Berkowitz // J. Can. Dent. Assoc. — 2003. — Vol. 69. — P. 304–307.
39. Dental erosion in gastroesophageal reflux disease / R. P. Carmichael, G. K. Sandor, R. P. Barron, M. A. Marcon // J. Can. Dent. Assoc. — 2003. — Vol. 69. — 2. — P. 84–89.
40. Gastroesophageal reflux disease and dental erosion in children / A. Dahshan, H. Patel, J. Delaney [et al.] // J. Pediatr. — 2002. — Vol. 140. — 4. — P. 474–478.
41. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature / R. Harris, A. D. Nicoll, P. M. Adair, C. M. Pine // Community Dent. Health. — 2004. — Vol. 21 (Suppl.). — P. 71–85.
42. Oral health of children with gastro-esophageal reflux disease: a controlled study / V. Linnett, W. K. Seow, F. Connor, R. Shepherd // Aust. Dent. J. — 2002. — Vol. 47. — 2. — P. 156–162.
43. Marino R. J. Caries prevalence in a rural Children community after cessation of a powdered milk fluoridation programme / R. J. Marino // J. Public Health Dent. — 2004. — 64. — P. 101–105.
44. Prevalence of fluorosis in children aged 6–9 years-old who participated in a milk fluoridation programme in Codegua, Chile / R. J. Marino, A. E. Villa, A. Weitz, S. Guerrero // Community Dent. Health — 2004. — 21. — P. 143–148.
45. Marshall T. A. Dental caries and beverage consumption in young children / T. A. Marshall // Pediatric. — 2003. — Vol. 112 (3Pt 1). — P. 184–191.
46. Mobley C. C. Nutrition and dental caries / C. C. Mobley // Dent. Clin. North. Am. — 2003. — Vol. 47(2). — P. 319–336.
47. Msefer S. Importance of early diagnosis of early childhood caries / S. Msefer // J. De l'Ordre des dentistes du Quebec. — 2006. — April (Suppl.). — P. 6–8.
48. Nainar S. M. Diet counseling during the infant oral health visit / S. M. Nainar // Pediatr. Dent. — 2004. — 26 (5). — P. 459–460.
49. Saliva and gastrointestinal functions of taste, mastication, swallowing and digestion / A. M. Pedersen, A. Bardow, S. B. Jensen, B. Nauntofte // Oral Dis. — 2002. — Vol. 8. — 3. — P. 117–129.
50. Poulsen S. Dental caries in Danish children: 1988–2001 / S. Poulsen, M. Malling Pedersen // European journal of paediatric dentistry: official journal of European Academy of Paediatric Dentistry. — 2002. — 3(4). — P. 195–198.
51. Roberts J. F. Primary dentition / J. F. Roberts, N. Attari // British Dental Journal. — 2004. — 196(2). — P. 64–65.
52. Sanders T. A. Diet and general health: dietary counselling / T. A. Sanders // Caries Res. — 2004. — Vol. 38, Suppl. — P. 3–8.
53. Stillman-Lowe C. Dietary factors and dental caries. / C. Stillman-Lowe // Evidence-based dentistry. — 2005. — 6(1). — P. 7–8.
54. Vargas C. M. Disparities in early childhood caries / C. M. Vargas, C. R. Ronzio // BMC Oral Health. — 2006. — Vol. 6 (Suppl. 1). — P. 3–12.

Отримано 05.09.11